

# Ethik in Ausbildung und Lehre

„End of life decisions“ erfordern Balance zwischen Machbarkeit und Menschlichkeit. Wissen um Ethik und Recht hilft, Übertherapie zu vermeiden und Patientenrechte zu wahren. Das muss gelehrt, erlernt und trainiert werden.



UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR. IN MED.  
BARBARA FRIESENECKER

Universitätsklinik für Anästhesie  
und Intensivmedizin,  
Medizinische Universität Innsbruck

Moderne Medizin kann viele Menschen trotz schwerer Erkrankung zumindest für einige Zeit in ein gutes Leben zurückbringen. Bei weit fortgeschritten Erkrankung bewegt sich unsere ärztliche Entscheidungsfindung oft unreflektiert in einem Dilemma zwischen übergroßer Machbarkeit und gebotener Menschlichkeit, die besonders bei „end of life decisions“ (EOLD) Platz finden sollte. Es ist immer wieder interessant zu beobachten, dass viele Kolleg:innen einerseits große Sorge vor dem Vorwurf haben, zu wenig zu machen (Unterlassung bis hin zur fahrlässigen Tötung), und gleichzeitig sehr wenig Sorge davor besteht, zu viel zu machen (eigenmächtige Heilbehandlung/Körperverletzung).<sup>1</sup>

Wissen über Ethik und Recht sowie kommunikative Skills können eine große Hilfe sein, einen guten Mittelweg zu finden und es richtig zu machen.<sup>2</sup> Da Wörter Wirklichkeit schaffen, ist auf einen einheitlichen Sprachgebrauch Wert zu legen. Die ARGE Ethik der österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) hat die derzeit gültige Nomenklatur rund um die Situationen am Lebensende<sup>3</sup> in Übereinstimmung mit der österreichischen Bioethik-Kommission zusammengestellt<sup>4</sup>.

## 2-Säulen-Modell

### Machbarkeit ist kein Therapieziel

Machbarkeit darf bei schwerer oder fortgeschrittener Erkrankung nie das alleinige Kriterium für die Durchführung einer technisch möglichen therapeutischen Maßnahme sein. Im 2-Säulen-Modell<sup>5</sup> wird dem Gedanken Rechnung getragen, dass das individuelle und realistische *Therapieziel* von Patient:innen kritisch ärztlich abzuwägen und daraus die *Indikation* für eine technisch mögliche, medizinische Maßnahme abzuleiten ist – am besten interdisziplinär und oft im multiprofessionellen Team aller involvierten Behandler:innen (klinische Perspektivenkonferenz [KPK]).<sup>6</sup> Dabei darf jede Behandlung nur in Einklang mit dem wahren oder mutmaßlichen Patient:innenwillen und nach einer einfühlsamen, aber unmissverständlichen Aufklärung der Patient:innen oder deren Stellvertreter:innen durchgeführt werden (ärztliche Aufklärungspflicht).<sup>7,8,9</sup>

### Einfühlend, aber unmissverständlich aufklären

Lehnen Patient:innen eine Behandlung ab oder gibt es keine *Indikation* für eine geforderte Behandlung, darf die Behandlung nicht durchgeführt werden. Eine Behandlung wider den Willen von Patient:innen oder bei nicht vorhandener Indikation durchzuführen (kein realistisches Therapieziel, daher keine wirkungsvolle Behandlung im individuellen Kontext) wäre eine eigenmächtige Heilbehandlung bzw. Körperverletzung.<sup>10</sup> Ärztliche Kunst ist hierbei die einfühlsame, aber unmissverständliche Kommunikation im Rahmen der ärztlichen Aufklärung, die besonders anspruchsvoll sein kann, wenn technisch Machbares aufgrund von Wirkungslosigkeit nicht durchgeführt wird. Dafür gibt es bisweilen wenig Verständnis aufseiten der Patient:innen und/oder deren An- und Zugehörigen!

## Selbstbestimmung als Basis des „informed consent“

Die Wahrung des Rechts auf Selbstbestimmung ist Voraussetzung für einen „informed consent“ im Rahmen von „shared decision making“.<sup>11,12</sup> Dabei können Patient:innen auf Basis ihres gesetzlich festgelegten *Rechts auf Nichtwissen* auf eine Aufklärung vor einer medizinischen Intervention verzichten. Um sich gegen den späteren Vorwurf einer unzureichenden Aufklärung abzusichern, ist die Beziehung von Gesprächszeug:innen (ärztliche Kolleg:in, Pflegeperson etc.) sowie eine zeitnahe schriftliche Dokumentation der Aufklärungsablehnung empfohlen, mindestens innerhalb von 24 h – so die Empfehlung der ARGE Ethik der ÖGARI.<sup>13</sup> Patient:innen haben jederzeit das Recht, die Durchführung einer medizinischen Maßnahme abzulehnen, selbst wenn diese indiziert wäre – auch ohne Angabe von Gründen. Dies ist im österreichischen Erwachsenenschutzgesetz mit dem Recht auf Unvernunft begründet<sup>9</sup> – die inhaltlich treffendere Bezeichnung wäre wohl eher „Recht auf freie Selbstbestimmung“. Um juristisch vor dem eventuell späteren Vorwurf der Unterlassung geschützt zu sein, müssen Ärzt:innen darauf achten, ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Aufklärung bis hin zum Tod nachzukommen – idealerweise mit Gesprächszeug:innen und zeitnahe schriftlich dokumentiert.<sup>13</sup>

## 4 medizinethische Prinzipien (nach Beauchamp und Childress)

Neben dem 2-Säulen-Modell bietet die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress mit ihren 4 gleichwertig nebeneinanderstehenden Prinzipien eine weitere ethische Grundlage für eine korrekte Argumentation im Rahmen einer schwierigen medizinischen Entscheidungsfindung („Georgetown Mantra“)<sup>14</sup>:

Das Recht auf Autonomie muss beachtet werden. Unter Abwägung der Prinzipien des Wohltuns und Nichtschadens darf eine medizinische Maßnahme nur dann durchgeführt werden, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Nutzen deutlich über dem möglichen Schaden liegt.

Das Prinzip der Gerechtigkeit umfasst sowohl das *ius suum* (Gerechtigkeit in Bezug auf die Patient:innen selbst – was ist angemessen, verhältnismäßig und indiziert?) als auch die Verteilungsgerechtigkeit (gerechter Zugang zu den vorhandenen Ressourcen für alle Mitglieder eines solidarischen Medizinsystems). Gerechtigkeit in die medizinische Entscheidungsfindung miteinzubeziehen führt automatisch zu einem schonenderen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen<sup>15</sup>.

Dies kann helfen, unser *derzeit noch* solidarisches österreichisches Gesundheitssystem aufrechtzuerhalten, wo jeder kranke Mensch entsprechend der individuellen medizinischen Indikation behandelt wird – ungeachtet der

finanziellen Mittel, der Herkunft oder jedweider sonstiger Kriterien, die in anderen Ländern bereits zur Einschränkung medizinischer Leistungen geführt haben.

Ethisch basierte Entscheidungsfindung kann helfen, die Entstehung von Übertherapie, die wir derzeit in vielen „reichen“ Ländern beobachten<sup>16</sup>, und deren belastende Folgen für uns alle zu reduzieren: chronisch kritische Erkrankung der uns anvertrauten Patient:innen (Verletzung des *ius suum*; verlängertes Leiden, verzögertes Sterben)<sup>17</sup>, posttraumatisches Stresssyndrom der An- und Zugehörigen<sup>18</sup>, Burnout der medizinischen Fachkräfte (Ärzt:innen wie Pflegepersonen)<sup>19,20,21</sup> sowie gesellschaftlicher, auch finanzieller Schaden (Verteilungsgerechtigkeit) mit drohender Rationierung und Entwicklung einer Mehrklassenmedizin.<sup>1</sup>

### Sterben zulassen

Dass eine rechtzeitige Therapiezieländerung von Heilung Richtung Palliation bei fortgeschrittener Erkrankung nicht nur ethisch ge-

boten, sondern rechtlich zulässig ist, definiert das österreichische Ärztegesetz § 49a.<sup>7</sup> In der Absicht, Sterben zuzulassen, werden palliativ-medizinische Maßnahmen auf Wohltun und längstmöglichen Erhalt von Lebensqualität bei bestmöglicher Symptomlinderung im Sinne eines guten Lebens am Ende des Lebens ausgerichtet. Dabei werden technisch machbare, aber belastende Interventionen bei suspiroer Wirkungslosigkeit unterlassen. Schlussendlich sollten alle Ärzt:innen in der Lage sein, den Sterbeprozess im Rahmen einer Comfort Terminal Care<sup>22</sup> zu begleiten (geförderte Grundkenntnisse in Palliativmedizin lt. österr. Ärztegesetz § 2)<sup>7</sup>. Bei komplexen Fällen ist eine Betreuung in einer Palliativeinrichtung/ einem Hospiz zu gewährleisten.

### Ausbildung und Lehre

Die im ersten Teil dieses Artikels ausgeführten Gedanken sind unter anderem Grundlage für die Medizinethiklehre an der medizinischen Universität Innsbruck (MUI), wo seit 2019



## • SCHWERPUNKT ETHISCHE UND MEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGEN AM LEBENSENDE

Tab.: Innsbrucker Handwerkszeug für die strukturierte Diskussion eines schwierigen Falls

**Frage:** Schildern Sie den Fall

- Wer ist beteiligt und um welche Interessen/Konflikte geht es?
- Welche biopsychosoziale Dimension hat der Fall?
- Welche Rolle spielt Kommunikation bei dem Fall?

**Frage:** Welche medizinethischen Prinzipien sind betroffen, und wo geraten sie in Konflikt?

- „Georgetown Mantra“
- Balance der Prinzipien?

**Frage:** Besprechen Sie den Fall basierend auf dem 2-Säulen-Modell

- Konflikt Ärzt:in/Patient:in, An- und Zugehörige
- ethisch-rechtliche Dimension (Ärztegesetz, Erwachsenenschutzgesetz, Patientenverfügungsgesetz, Kinderschutzgesetz, Sterbeverfügungsgesetz)

**Frage:** Was ist gut gelaufen und warum?

- Falls etwas nicht gut gelaufen ist, welche Lösungsvorschläge gibt es?
- Wie hätte man es besser machen dürfen/können/müssen?
- Erwägen sie dabei auch eine weiterführende Argumentation: beste medizinische Versorgung/Gerechtigkeit (*ius suum*/Verteilungsgerechtigkeit), Advance Care Planning (ACP)/klinische Perspektivenkonferenz (KPK), relationale Autonomie, Sorgeprinzip, organisationsethische Aspekte.

Quelle: Barbara Friesenecker

Ethik im Rahmen des Humanmedizin-Curriculums als Pflichtlehre in allen 3 Studienabschnitten verankert ist. Studierende müssen im Studium insgesamt 52,5 UE à 45 min Ethiklehre absolvieren und in allen Studienabschnitten Prüfungen (mündlich/schriftlich) ablegen. Die ethischen/rechtlichen Inhalte werden von Anfang an fallbasiert mit Fokus auf die klinische Situation vermittelt. Das so genannte „Innsbrucker Handwerkszeug“ (Tab.) dient als Basis für eine ethisch/rechtliche Falldiskussion im Rahmen der mündlichen Prüfungen, kann aber auch generell als einfaches Tool für die Entscheidungsfindung im klinischen Alltag bei komplexeren klinischen Fragestellungen empfohlen werden.

Auf der MUI-Homepage gibt es eine eigene Homepage für Ethiklehre: <https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/>.<sup>23</sup> Unter anderem sind dort auch alle Publikationen der ARGE Ethik der ÖGARI „open access“ sowie diverse Diplomarbeiten mit ethischem Kontext nachlesbar. Diese Arbeiten bilden einen Teil der Lehrunterlagen für die Studierenden.

Die Innsbrucker Medizinethiklehre hat zwei Listungen auf der Homepage des österreichischen Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung: 2022 wurde das Gesamtlehrkonzept mit einem Eintrag im *Atlas der Guten Lehre* ausgezeichnet, und 2020 hat

das Ethikwahlpflichtfach für Pädiatrie den *Ars docendi* gewonnen.<sup>24</sup>

Eine Diplomarbeit zur Entwicklung der *Kompetenzorientierten Ethiklehre im Medizinstudium an der Medizinischen Universität Innsbruck* wurde 2023 fertiggestellt und ist auf der Homepage für Ethiklehre<sup>25</sup> nachlesbar. Eine weitere Diplomarbeit zur Evaluierung der Ethiklehre durch die Medizinstudierenden ist gerade fertiggestellt worden. Zur Intensivierung des studentischen Kommunikationstrainings entwickeln Kolleg:innen der Innsbrucker Universitätsklinik für medizinische Psychologie gemeinsam mit der IT der medizinischen Uni-

versität Graz ein *Chat-GPT-basiertes Kommunikations-Trainingstool* zur späteren Anwendung im *Simulationszentrum der MUI* (zunächst geplant als *Anamnesegepräch*, später auch für „breaking bad news“).

Ein *Ethiklehrstuhl* ist Teil des aktuellen Entwicklungsplans der MUI.

Parallel zum Aufbau der Medizinethiklehre an der MUI gibt es tirolweit verschiedene Projekte mit dem Ziel, auch die postpromotionelle Ethikausbildung zu verbessern:

- Das *Ethucation – Netzwerk für Bioethik in Lehre und Fortbildung*<sup>25</sup> dient der Vernetzung aller Ethiklehrenden Tirols an den unterschiedlichen Ausbildungsstandorten zur Durchführung gemeinsamer Lehr- und Forschungsprojekte.
- Im Januar 2025 wurde ein *Referat für Medizinethik bei der Tiroler Ärztekammer* gegründet, das sich vor allem die postpromotionelle Ausbildung in Medizinethik und Medizinrecht zur Aufgabe macht.<sup>26</sup>

Im Palliativkurs der Tiroler Ärztekammer ist Ethik seit Jahren fixer Lehrinhalt.

## Resümee und Ausblick

Beste medizinische Versorgung heißt bei fortgeschritten Erkrankung also *nicht*, jederzeit alles technisch Mögliche zu machen.<sup>1</sup> Die kritische Definition eines individuellen, realistischen Therapieziels, aus dem sich die Indikation für eine medizinische Maßnahme ableiten lässt<sup>10</sup>, das kritische Erwägen der Angemessenheit/Verhältnismäßigkeit sowie die Beachtung des *wahren oder mutmaßlichen Patientenwillens* (Akzeptanz des Rechts auf Unvernunft!) sind unabdingbare Voraussetzung für die Durchführung einer medizinischen Behandlung. Dadurch können Übertherapie und chronisch kritische Erkrankung besser vermieden werden. Dies wäre einerseits gerecht im Sinne des *ius suum* und würde andererseits dazu beitragen, eine sinnlose Ressourcenverschwendungen zu vermeiden. Eine dringend notwendige, ethisch basierte Rationalisierung im Rahmen medizinischer Entscheidungsfindung auf Basis einer strengen Indikationsstellung (die sich über ein individuelles und realistisches Therapieziel ableitet) kann dazu beitragen, eine ungerechte Rationierung hintanzuhalten, die wir in anderen Gesundheitssystemen bereits erleben (USA, UK etc.).

### check-box

- Ethik, Recht und Kommunikation sind Kernkompetenzen menschlicher Medizin zur Wahrung von Patientenautonomie und Vermeidung von Übertherapie.
- Realistisches Therapieziel ist Basis für Indikationsstellung im Behandlungsteam (Prinzipienethik/2-Säulen-Modell).
- Ethisch basierte Entscheidungsfindung muss verpflichtend studentisch/postpromotionell gelehrt, erlernt und trainiert werden.

Wissen um Ethik und Recht als Basis schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung verbunden mit guten kommunikativen Skills ist eine Chance, moderne Medizin aus dem derzeit unheilvollen Machbarkeitswahn heraus- und zurückzuführen zu mehr Menschlichkeit im Umgang mit den Patient:innen.

Im Rahmen studentischer Ausbildung sollte zukünftig österreichweit neben der Vermittlung rein medizinischer/wissenschaftlicher Fakten gleichzeitig der Fokus auf eine verpflichtende, profunde Ausbildung in Ethik, Recht und Kommunikation nach dem Innsbrucker Modell gelegt werden.

Auch im Rahmen der postpromotionellen Weiterbildung sollten diese Inhalte verpflichtend eingeführt werden – wofür die Ärztekammern in die Pflicht zu nehmen sind.

Die Sorge, dass mehr Menschen sterben, wenn durch Ethik-Coachings mehr und vor allem rechtzeitige Therapiezieländerungen durchgeführt werden, ist unbegründet – am Ende sterben nach einem Jahr gleich viele Menschen, wobei ein signifikanter Anstieg für den Faktor ethisches Bewusstsein in den medizinischen Teams berichtet wird.<sup>27</sup> Generell beobachtet man bei Patient:innen, die nach einer rechtzeitigen Therapiezieländerung im Rahmen palliativmedizinischer Versorgung belastende und wirkungslose Therapien *nicht* mehr erhalten, sondern bei denen der medizinische Fokus auf dem längstmöglichen Erhalt von Lebensqualität bei bestmöglicher Symptomlinderung liegt, dass sie ein besseres Leben am Ende des Lebens haben und manchmal sogar länger leben.<sup>28</sup>

Wir brauchen Ethik in der Medizin, um gerecht (und rechtzeitig) schwierige Entscheidungen gut begründet treffen zu können und damit den Weg zurück zu einer menschlicheren Medizin zu finden. Rufen wir uns dazu bewusst den Satz von Dame Cicely Saunders in Erinnerung – „Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben“ – und führen flächendeckend ethische/rechtliche Inhalte in der studentischen Lehre und auch in der postpromotionellen Ausbildung verpflichtend ein.

### **Ethisch basierte Entscheidungsfindung muss gelehrt, erlernt und trainiert werden – gleich wie alle anderen medizinischen Skills auch. •**

**Referenzen:** (1) Friesenecker B et al., Anästhesie Nachr 2025; <https://www.doi.org/10.1007/s44179-025-00300-7> (2) Elshaug AG et al., The Lancet 2017; 390(10090):191–202 (3) Friesenecker B et al., Anästhesie Nachr 2023; 5:134–7 (4) Österreichische Bioethik-Kommission: Sterben in Würde (2015): Sterben\_in\_Wuerde (6).pdf (zuletzt geöffnet: 28.09.2025) (5) Neitzke G, Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2019; 54(7–08):474–83 (6) Friesenecker B et al., Klinische Perspektiven Konferenz, Anästhesie Nachrichten (2025) <https://doi.org/10.1007/s44179-025-00324-z> (7) Österreichisches Ärztegesetz: [www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011138/ÄrzteG%201998%2C%20Fassung%20vom%2008.03.2023.pdf?FassungVom=2023-03-08](http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011138/ÄrzteG%201998%2C%20Fassung%20vom%2008.03.2023.pdf?FassungVom=2023-03-08) (zuletzt geöffnet: 28.09.2025) (8) Österreichisches Patientenverfügungsgesetz: [www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20004723/PatVG%2C%20Fassung%20vom%2026.02.2024.pdf?FassungVom=2024-02-26](http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20004723/PatVG%2C%20Fassung%20vom%2026.02.2024.pdf?FassungVom=2024-02-26) (zuletzt geöffnet: 28.09.2025) (9) Österreichisches Erwachsenenschutzgesetz: [www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgbAuth/BGBLA\\_2017\\_L\\_59/BGBLA\\_2017\\_L\\_59.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgbAuth/BGBLA_2017_L_59/BGBLA_2017_L_59.pdf) (zuletzt geöffnet: 28.09.2025) (10) Dutzmann J et al., MedR 2025; 43:253–7 (11) Veatch RM, Hastings Cent Rep 1972; 2(3):5–7 (12) Charles C et al., Soc Sci Med 1997; 44(5):681–92 (13) Friesenecker B et al., Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2013; 48(4):216–23 (14) Beauchamp TL, Childress JF, Principles of Biomedical Ethics. 6. Auflage. Oxford University Press 2008. ISBN 0-19-533570-8 (15) Friesenecker B et al., Anästhesie Nachr 2024; 6:220–4 (16) Cardona-Morrell M et al., Int J Qual Health Care 2016; 28(4):456–69 (17) Macintyre NR, Respir Care 2012; 57(6):1021–7 (18) Hickman RL Jr, Douglas SL, AACN Adv Crit Care 2010; 21(1):80–91 (19) Hartog CS et al., Anaesthesia 2018; 67(11):850–8 (20) Fumis RRL et al., Ann Intensive Care 2017; 7(1):71 (21) Moss M et al., Am J Respir Crit Care Med 2016; 194(1):106–13 (22) Schaden E et al., Anaesthesiologie 2024; 73:177–85 (23) Homepage Medizinhilfe: [www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/](http://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/) (zuletzt geöffnet: 28.09.2025) (24) Atlas der guten Lehre des österreichischen Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung: [www.gutelehre.at/index.php](http://www.gutelehre.at/index.php) (zuletzt geöffnet: 28.09.2025) (25) Ethucation – Netzwerk für Bioethik in Lehre und Fortbildung, MUI: [www.i-med.ac.at/ethucation/](http://www.i-med.ac.at/ethucation/) (zuletzt geöffnet: 28.09.2025) (26) Medizinethik-Referat der Tiroler Ärztekammer: [www.aektirol.at/kammer/aerztekammer-fuer-frau/funktionaeerinnen](http://www.aektirol.at/kammer/aerztekammer-fuer-frau/funktionaeerinnen) (zuletzt geöffnet: 28.09.2025) (27) Benoi DD et al., Intensive Care Med 2024; 50:1635–46 <https://www.doi.org/10.1007/s00134-024-07588-0> (zuletzt geöffnet: 28.09.2025) (28) Temel JS et al., NEJM 2010; 363(8):733–42